



## Journal des anthropologues

Association française des anthropologues

102-103 | 2005  
Gérard Althabe

---

# Regards sur l'anthropologie, regards sur l'image...

L'œil averti de « Monsieur Althabe »

Chantal Crenn

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/1416>

DOI : 10.4000/jda.1416

ISSN : 2114-2203

### Éditeur

Association française des anthropologues

### Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2005

Pagination : 283-304

ISSN : 1156-0428

### Référence électronique

Chantal Crenn, « Regards sur l'anthropologie, regards sur l'image... », *Journal des anthropologues* [En ligne], 102-103 | 2005, mis en ligne le 18 novembre 2010, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/jda/1416> ; DOI : 10.4000/jda.1416

---

Ce document a été généré automatiquement le 20 avril 2019.

Journal des anthropologues

---

# Regards sur l'anthropologie, regards sur l'image<sup>1</sup>...

L'œil averti de « Monsieur Althabe »<sup>2</sup>

Chantal Crenn

---

- <sup>1</sup> Je dédie cet article à celui qui fut encore jusqu'à peu un interlocuteur éclairé qui n'hésitait pas à échanger longuement au téléphone au sujet de mes recherches en cours, à se déplacer lorsque j'organisais un colloque ou les journées décentralisées du film ethnographique à Sainte-Foy-La-Grande. Dans un premier temps, je rappellerai ce qui nous rapprochait. Puis, dans cet article, j'interrogerai également la manière dont la recherche anthropologique et le film documentaire sont « fabriqués » et je montrerai combien l'implication du réalisateur comme du chercheur est constitutive des données restituées. Je mènerai ce travail à travers les Journées du film ethnographique consacrées à la ville et les films documentaires *Qui a peur des Tsiganes roumains ?* d'Evelyne Ragot et Léonardo Antoniadis et *Une poste à la Courneuve* de Dominique Cabreras, films choisis par Gérard Althabe. Nous nous sommes interrogés sur les problèmes que pose la « fabrication » d'un film documentaire en parallèle à ceux posés par une recherche anthropologique. Dans un troisième temps, j'évoquerai autour des questions de l'ethnisation des rapports sociaux dans la sphère médicale, la manière dont le savoir anthropologique se construit autour du chercheur. En effet, après la thèse, un hôpital bordelais et ses « consultations pour migrants » ont retenu mon attention et, avec ce nouveau terrain, la réflexivité nécessaire au chercheur restait au cœur de nos conversations.

## Regards sur nos destins croisés...

- <sup>2</sup> – Sainte-Foy-La-Grande : son épouse habitait jusqu'à leur mariage cette petite ville du Sud-Ouest qui, depuis plus de 15 ans, est mon lieu d'habitation...
- <sup>3</sup> – Les chevaux : son père était palefrenier au Haras de Pau<sup>3</sup>. Comme je vivais au cœur d'un poney-club, il aimait me demander des nouvelles des poneys : « si les poneys vont bien,

tout va bien »<sup>4</sup>. Quand il séjourna à la maison, il passa de longs moments à observer les animaux dans les écuries et à interroger le maréchal-ferrant.

- 4 – Démocratiser l'accès à la recherche : nos origines sociales communes nous rapprochaient également. Nous avons eu de longues conversations au sujet de nos places respectives dans le monde de la recherche, des enjeux sociaux et symboliques auxquels nous étions confrontés et de notre appartenance de classe qui faisait de nous des chercheurs irrémédiablement « hors jeu »... « rien ne sert de t'agacer, me disait-il, tu n'appartiendras jamais à leur monde, tu n'as pas les codes ».
- 5 – Madagascar : c'est par le biais de mon enquête concernant la migration de l'élite merina de Madagascar que nous nous sommes rencontrés. Il avait lui-même réalisé sa thèse à Madagascar *Oppression et libération dans l'imaginaire*. Son cheminement personnel l'avait aussi amené à croiser le destin de certains de mes interlocuteurs alors qu'il était lui-même étudiant à Bordeaux. Dans les années 1950, il soutenait les grèves de la faim des étudiants africains et malgaches qui réclamaient l'indépendance de leur pays. Parmi eux, il y avait Joary qui m'hébergea à Tananarive pendant plusieurs séjours et dont les filles avaient toutes migré dans le Sud-Ouest de la France...
- 6 Nous étions particulièrement liés par cette migration d'élite. En effet les personnes rencontrées pendant ma thèse appartiennent à la bourgeoisie tananarivienne qui, dans la tradition de l'époque coloniale, encourageait ses membres à venir faire des études universitaires en France, bourgeoisie au sujet de laquelle il avait lui-même rédigé un article « la bourgeoisie nationale » dans la revue *Connaissance de l'Afrique* en 1970.
- 7 Cette élite interrogeait les théories classiques développées par les ethnologues, centrées principalement sur l'immigration maghrébine en France, qui, en mettant en scène dans leurs recherches des univers sociaux dont ils soulignent la singularité ethnoculturelle, fixaient les termes de cette exclusion et y participaient même sans le vouloir. « Dans le métro, les Malgaches, personne ne les reconnaît, ils sont comme toi et moi... et pourtant ils pratiquent le *famadihana* (retournement des morts) à Madagascar » me confiait-il. Toutefois, Gérard Althabe soulignait la contradiction et la difficulté d'entreprendre une enquête anthropologique sur une population qui ne souhaitait pas apparaître comme un groupe ethnique constitué en France. En les sortant de leur invisibilité, nous risquions, nous aussi, de souligner leur singularité ethnoculturelle. Pour sortir de cette impasse, j'ai alors centré mes recherches sur la manière dont se construisent les échanges dans la vie quotidienne tant à Tananarive qu'en France (Crenn, 1998). Loin de réduire l'identité malgache à sa dimension ethnoculturelle, il s'agissait plutôt de montrer comment dans la quotidienneté se produisaient les catégories ethniques à leur rencontre et comment eux-mêmes y participaient... Soumise aux « manipulations » de mes interlocuteurs malgaches qui souhaitaient « contrôler » mes écrits puisqu'ils les sortaient de leur invisibilité (ils ne souhaitaient pas être associés aux autres migrants nord-africains ou africains), ma position de chercheur et de Française était largement interrogée. L'analyse des relations zébrées entre « eux et nous » m'a renseignée sur les modes par lesquels sont produites les catégorisations ethnoculturelles. Les familles intellectuelles parmi lesquelles j'étais accueillie maîtrisaient parfaitement les cadres de la pensée scientifique occidentale et m'ont donc amenée à constater combien l'implication du chercheur constitue le cadre indépassable de la production des savoirs. Cette partie de ma recherche a fait l'objet d'un article « Les Merina en France une situation d'enquête inédite » (Crenn, 1994). Suivant les principes des acquis de recherches dites exotiques (connaissance réalisée dans la communication avec les Malgaches dans des lieux précis, enquête de

longue durée : 5 ans de terrain, observation participante) et d'une connaissance de l'intérieur grâce à mon implication, il aura fallu historiciser le mouvement d'installation de ces Malgaches depuis les années 1950 pour mieux saisir la place de la colonisation dans la migration. En effet, l'analyse des entretiens réalisés montre comment mes interlocuteurs « construisent leur parole dans la rencontre avec une Française dont la figure contient implicitement le passé colonial » ainsi que le faisait remarquer Gérard Althabe dans la préface de mon ouvrage *Migrations malgaches en France (1950-1997)*.

- 8 Malgré ses craintes, les rues de la capitale voyant se succéder les émeutes contre le régime de Didier Ratsiraka, je me décidais à m'installer à Tananarive dans une famille d'intellectuels où la migration vers l'Europe était une « tradition ». Allant à l'encontre des recherches faites à l'époque concernant les migrations en France, il ne s'agissait pas pour moi de trouver dans la minorité malgache de Bordeaux un terrain de substitution qui m'aurait permis d'investir un capital de connaissances acquises à Madagascar. Il n'était pas question non plus d'éluider la question du pays de départ en faisant de ces migrants des individus qui ne prendraient sens qu'à partir du moment où ils fouleraient le sol hexagonal. Plutôt que de privilégier la rupture que constituait l'émigration, surtout quant elle prenait les allures de l'installation alors qu'elle était pensée temporaire, j'ai tenté de montrer la formation « d'un espace migratoire à deux pôles » (commentaires de Denys Cuche au sujet de la migration malgache). Cette association entre terrain malgache et français a été également l'occasion d'articuler ce que notre tradition académique a pour habitude d'appeler l'ethnologie du proche et du lointain et de dépasser selon les termes de Gérard Althabe la dissociation entre deux ethnologies.

## Regards sur l'image...

- 9 Lors des journées du film décentralisées en novembre 2001, j'ai proposé aux lycéens girondins de s'interroger sur la production d'images par des cinéastes et sur la production de savoir par des anthropologues. Regards désormais croisés, complémentaires, nous avons souhaité avec Gérard Althabe dépasser l'opposition soi-disant radicale des langages anthropologique et cinématographique pour finalement produire une commune perspective et réfléchir sur la manière dont la connaissance cinématographique, photographique et anthropologique se construit. Croiser les regards photographique, cinématographique et anthropologique réactualise un débat au cœur de ces disciplines : celui de l'objectivité, de la neutralité, de l'implication... Les films choisis ici questionnent donc sur la manière d'accéder à une compréhension du social par l'observation et le partage d'un espace commun avec les personnes observées. De quelles manières peut-on, en partageant le quotidien des acteurs répondre aux questions suivantes : comment peut-on être un usager de la poste lorsqu'on habite à La Courneuve ou comment peut-on être un Tsigane roumain en périphérie de Paris ? C'est à cette problématique que nous avons tenté de réfléchir avec le public néophyte de ces journées. Grâce à ces deux exemples, nous nous sommes interrogés sur le modèle classique qui postule la séparation objectiviste des points de vue émique et étique dans la production de la connaissance scientifique et cinématographique... Nous avons montré aux lycéens qu'il était illusoire de mettre entre parenthèses son appartenance sociale et culturelle et d'adopter celle de celui qui est étudié. Dans les deux documentaires projetés c'est plutôt l'inverse qui est prôné. C'est par l'affirmation de la présence du documentariste ou de l'anthropologue par la conscience réflexive de sa différence qu'ils réussissent à saisir

l'ordre social auquel ils n'appartiennent pas. Enfin, nous avons également abordé la question de la restitution des données, question résurgente en anthropologie : comment ceux qui nous ont confié leur parole, leur image, leur récit reçoivent-ils à leur tour cette restitution d'eux-mêmes ?

- 10 En effet, « les problèmes posés par un film documentaire comme celui-ci *Une poste à La Courneuve* et un ouvrage anthropologique sont similaires » nous a dit Gérard Althabe lors du débat qui a suivi la projection. Dans les deux cas, selon lui, la question consiste à évaluer la fiabilité d'un sens donné par des images d'une part, et d'autre part par un texte écrit. Car la question posée est bien celle-ci : Dominique Cabreras filme-t-elle la réalité lorsqu'elle filme un bureau de poste un samedi matin ? Quand un anthropologue restitue dans un livre des années de terrain, offre-t-il la réalité qu'il a observée ? Dépassant l'illusion qui consiste à croire que l'on filme ou que l'on donne à lire « la » réalité, il s'agit plutôt de construire un sens<sup>5</sup> qui aide à décrypter le monde dans lequel nous vivons. Comme dans la démarche anthropologique, le scénario se construit doucement, dans l'échange avec les usagers de la poste au gré de leurs allées et venues. La réalisatrice a d'ailleurs travaillé en collaboration avec une sociologue (Suzanne Rosenberg) qui a, au préalable, observé ce bureau de poste pendant plusieurs mois. Mais de toute façon, le point de vue de l'anthropologue ou du cinéaste sont présents. La situation d'observation ou de tournage est un espace-temps construit qui n'est pas vécu dans la vie quotidienne. C'est une présence dont il faut tenir compte dans l'interprétation des données ethnographiques ou cinématographiques. Dominique Cabreras ne se met pas en scène mais elle participe à l'échange, même quand elle laisse les passants prendre en charge leur propre mise en scène devant la caméra. Le bureau de poste devient un lieu d'un « théâtre social<sup>6</sup> » qui met en scène notre société. D'un côté, on attend de l'argent : RMI, allocations... La cinéaste a le temps pendant les longues files d'attente de cerner les détails de la misère mais aussi l'étonnante force qui agit tous ces utilisateurs. De l'autre côté, les jeunes postiers, se rappelant qu'il leur reste 27 ans et demie à faire avant la retraite, font face à la situation d'extrême précarité de leur clients dans des locaux misérables.
- 11 Pour ce qui concerne le film et l'exposition de photographies de Léonardo Antoniadis et d'Evelyne Ragot *Qui a peur des Tsiganes roumains ?* (1997), les cinéastes sont de part et d'autre de la caméra. L'un est sur scène dans la relation avec les Tsiganes, l'autre est derrière la caméra. Léonardo Antoniadis, invité lui aussi aux journées du film explique la très forte relation qui le lie à la famille de Gheorgue, une de ces familles de Tsiganes roumains installées de manière précaire dans la périphérie urbaine de la région parisienne. Certains Roumains, présents en France en toute illégalité, sont régulièrement expulsés du territoire. Léonardo Antoniadis va d'ailleurs effectuer l'un de ces voyages de retour dans un village de la région de Timisoara. Posés sur la misère et la discrimination, les regards portent également sur ce que signifie filmer en étroite relation avec les protagonistes du documentaire. Cet échange est basé sur des relations économiques. Être filmé signifie recevoir de l'argent ou une aide administrative. Ce film est une réflexion autour de la production des données dans la relation à ceux qui en sont les acteurs. Du même coup ce film parvient à éviter de donner au spectateur une vision exotique des personnes filmées, alors qu'en France elles sont sous le joug de la catégorisation ethnique.
- 12 Mais comment éviter quand on effectue des recherches anthropologiques concernant les minorités allogènes de sombrer dans le piège de la catégorisation ethnique ? C'est ce que

je me propose d'aborder maintenant en interrogeant la place du chercheur dans un lieu de soin réservé aux « migrants ».

## Regards sur l'anthropologie et regards sur l'implication de l'anthropologue...

- 13 Lieu central dans la société bordelaise, l'hôpital observé et ses consultations spécifiques pour patients dits migrants, interrogent d'un point de vue politique la production de la différence<sup>7</sup> dans le champ de la santé. L'observation participante à laquelle je me suis livrée lors de ces consultations témoigne clairement du fait que le chercheur présent sur le terrain fait partie intégrante des rapports sociaux qui s'y jouent. L'analyse de notre implication montre comment celle-ci peut intervenir dans la connaissance de l'ethnisation des rapports sociaux.

### L'association de médecine interculturelle

- 14 Cet article s'appuie sur une recherche que j'ai menée à partir de l'observation (1998-1999) d'une association nommée au départ « Association de médecine interculturelle » puis « Association de médecine transculturelle » et sur les discussions informelles que ce terrain a provoquées avec Gérard Althabe. Cette association est installée dans un service de psychosomatique d'un hôpital de Santé publique et propose aux patients qualifiés de migrants d'exprimer leur souffrance. Après des débats houleux au sein de l'association, autour des termes de culture et d'origine, que j'analyserai ici, le terme transculturel fut choisi à la place d'interculturel. Utilisé par le médecin responsable de la consultation, il renvoie à la définition qu'en donne Georges Devereux où malades et soignants n'appartiennent pas à la même culture. Selon le médecin, l'anthropologie occupe une place centrale du fait des apports de connaissance qu'elle autorise sur la diversité des cultures mais surtout du fait de sa démarche même : se décentrer pour acquérir un autre regard sur les patients afin d'affiner la compréhension du sens de leur comportement et de leur maladie. Fondée en 1993, à l'initiative d'un médecin psychothérapeute et anthropologue, cette association intervient dans un contexte (l'hôpital public) ayant pour valeurs la gratuité et l'égalité des soins pour tous. À l'époque, le médecin est rémunéré par l'hôpital sous forme de vacations (depuis il a obtenu le statut de praticien hospitalier), tandis qu'un anthropologue tunisien est rémunéré grâce à des subventions (Conseil général, Conseil régional), les autres intervenants sont payés selon les disponibilités financières de l'association. Le réseau (Fassin, 2000) auquel adhère l'association l'amènera à multiplier ses actions de formation auprès des infirmières, des assistantes sociales, et ses consultations. Les sollicitations multiples vont rendre l'association « légitime » aux yeux des instances hospitalières et elle bénéficiera désormais d'un lieu « choisi » entre médecine tropicale et médecine de précarité. Place fort révélatrice de la représentation de ces patients qualifiés de « migrants », entre exotisme et précarité. Les malades viennent de la Communauté urbaine de Bordeaux mais aussi de territoires ruraux plus éloignés. Ils ont migré du Maghreb, d'Afrique Noire, de Madagascar depuis trente ans maximum et quelques mois au minimum. Les patients sont le plus souvent des femmes non accompagnées et qui sont dans une situation économique précaire.
- 15 Les malades assurés sociaux obtiennent une feuille de consultation au bureau des entrées tandis que les autres sont accueillis gratuitement. Ils sont accueillis par un cercle de

psychologues, anthropologues, médecins, travailleurs sociaux, éducateurs ou interprètes mêlant Ivoiriens, Camerounais, Marocains, Français, majoritairement des femmes... et tous ont reçu une formation en sciences humaines. Par son dispositif pluridisciplinaire, la thérapie permet de prendre en charge de manière spécifique des patients dont le parcours migratoire et/ou la résistance « aux circuits traditionnels » de la médecine justifie le soin. L'équipe thérapeutique dans laquelle j'ai été introduite applique une méthode de soin dite complémentariste<sup>8</sup>. Une autre équipe de thérapeutes consulte à d'autres moments mais je n'ai pas été conviée à assister au déroulement des séances, ma présence n'étant pas souhaitée, nos relations se sont limitées à des conversations informelles.

### « L'anthropologue » et « la culture » comme déclencheurs du conflit

- 16 Outre les consultations, j'ai assisté aux réunions et aux séminaires de l'association : au moment de mon enquête, les notions de « culture d'origine »<sup>9</sup>, d'anthropologie, étaient donc au cœur des débats. Du fait de leur origine étrangère, certains psychologues affirment leur légitimité<sup>10</sup> à traiter les maladies de « l'autre » sans faire appel à l'anthropologie<sup>11</sup>.
- 17 Les thérapeutes qui se qualifient eux-mêmes « d'étrangers » ne perçoivent pas la nécessité de réfléchir sur les notions de culture, d'origine, de génération beur, d'immigré, réflexion pourtant souhaitée par le médecin responsable de la consultation. Médecin qui m'autorise à effectuer mon enquête et à participer à certaines consultations. Cette autorisation accordée par le médecin, sans consulter les autres thérapeutes (selon leurs dires), m'installe dans une situation inconfortable et me place d'emblée du côté de l'institution. D'ailleurs, ma présence (d'observatrice) servira de détonateur au conflit. La recherche que j'espérais mener au sujet du sens politique de ces séances au sein d'une institution publique provoque la vindicte des psychologues (surtout de Madame G., une psychologue ivoirienne) qui, d'une part, contestent ma qualification à parler des malades : « Nous sommes mieux placés que vous anthropologues français et tout aussi capables de faire de la recherche avec un grand R », d'autre part, estiment honteux de « tirer profit du malheur des gens » et affirment haut et fort qu'ils « ne veulent pas se sustenter des patients pour réaliser une recherche ». Madame G. rajoute : « Je ne revendique rien d'autre que de pouvoir exercer ma profession de thérapeute ». S'adressant à moi, après une réunion, Madame G. évalue ainsi la place de l'anthropologie dans les consultations, alors même que je n'avais pas commencé l'observation des consultations. À travers moi, c'est le médecin anthropologue qui est visé : « Nous ne nous opposons pas à la présence des anthropologues pendant les consultations... toutefois, si le travail de l'anthropologue consiste à harceler les patients de questions à tel point qu'ils quittent la salle agacés et qu'ils rapportent à qui veut l'entendre que notre association les utilise pour procéder à des enquêtes, nous pouvons nous en passer ». Par contre, dans le couloir, elle me glisse à l'oreille que mes « écrits ethnologiques » concernant la culture malgache peuvent être utiles dans le soin en tant que références à des catégories étiologiques traditionnelles car elles permettent des prescriptions impliquant des rituels précis. Comment comprendre un tel événement ? D'emblée, je suis immergée dans un jeu dont je ne connais pas les règles. Les thérapeutes de l'association me contraignent à jouer un rôle dans une pièce dont je ne connais pas le scénario. Je suis acceptée par cette psychologue et son équipe comme ethnologue



spécialiste de Madagascar et rejetée comme anthropologue observant l'association. Tous nos échanges vont être construits à partir de ces données. Rapidement, il faut saisir les enjeux présents dans la situation de conflit dans laquelle je me trouve, sinon je risque de déboucher sur une analyse totalement superficielle.

- 18 Il est évident que l'utilisation de l'anthropologie ne sous-entend pas exactement la même chose pour elle et pour moi. Nous ne possédons pas exactement les mêmes formes d'organisation de l'expérience dans la société globale. L'analyse des « logiques culturelles » des patients faite par le médecin anthropologue est, selon elle, réductrice. Madame G. accuse le médecin anthropologue d'établir une conception « naturelle » de la culture, mais dans le même temps, elle n'en estime pas moins que leurs appartenances ethniques (à eux thérapeutes marocains, sénégalais, etc.), semblables à celles des patients, suffisent à accéder directement à ce qu'elle appelle le « discours latent des patients ». L'anthropologie et les anthropologues (dont je suis) sont dans ce cas associés aux pratiques coloniales. Être l'objet d'une enquête anthropologique la ramènerait-elle au statut de « colonisée » ? Maîtrisant parfaitement les enjeux symboliques du rapprochement de l'anthropologie avec la colonisation (en terme de culpabilité) la lutte entre colonisés/colonisateurs est utilisée par mon interlocutrice pour se poser en défenseur (des opprimés) de ceux qui sont construits en extériorité à la France (les immigrés et leurs enfants). De la sorte, elle me place du côté de ceux qu'on appelle les « Français de souche » ; cela lui permet de me rappeler mon appartenance (une fois de plus) au groupe des dominants (des oppresseurs ?). Mon enquête anthropologique est construite comme permettant de maîtriser et de contrôler la production symbolique des « immigrés » sur leur propre culture mais, aussi, leurs pratiques de soin à eux, « ethnocliniciens ».
- 19 Pour Madame G., s'attarder sur la notion de culture est donc inutile d'un point de vue anthropologique. Mais il est évident que les malades sont lésés dans le domaine culturel et qu'il est urgent de les réhabiliter sans plus de procédé (c'est-à-dire de les considérer en tant que patients soninké, bambara ou kabyle). En désaccord, le médecin responsable de la consultation s'interroge : « Comment être certain que seule la culture entraîne la maladie ? Ne faut-il pas faire appel à d'autres dimensions sociale, historique ? » Il souhaite instaurer un débat, selon lui urgent, car il lui semble nécessaire de ne pas uniquement prendre en compte l'appartenance ethnique des migrants mais également la situation de transition que constitue la migration, afin de ne pas les enfermer dans des stéréotypes, de ne pas les « ghettoïser, et de leur apporter un soutien clinique efficace ». Pour le médecin anthropologue, la notion de culture nécessite un travail de réflexion anthropologique pour améliorer la thérapie. Plusieurs facteurs, selon lui, expliquent sa position : d'une part, « s'il porte attention, contrairement à ses collègues<sup>12</sup> à la différence culturelle de "l'autre" dans le soin, c'est qu'il est lui-même touché dans son parcours personnel par cette question ». Il a suivi brillamment le cursus de médecine (il a donc été imprégné par le discours dominant, biologisant et universaliste). Ainsi, on retrouve chez ce médecin un « désir d'intégration des malades » selon le modèle républicain (égalité devant le soin) mais également une inspiration du modèle multiculturaliste canadien caractérisé selon lui par la prise en compte de la culture dans les institutions publiques. Partagé entre le droit à la reconnaissance culturelle dans le soin et la nécessité que cette prise en compte se fasse dans une institution publique, les études en anthropologie lui ont donné, dit-il, la possibilité d'établir une réflexion sur sa propre pratique<sup>13</sup>. Au regard de ces discussions,



on comprend que cette consultation n'a pas le même sens pour tous les membres de l'association.

- 20 Comment, en fonction des individus, s'exerce le processus de différenciation et de hiérarchisation ? Le médecin anthropologue est garant de l'institution hospitalière et reconnu par elle comme unique responsable de la consultation. Il symbolise, nous l'avons vu, aux yeux de la psychotérapeute ivoirienne et cofondatrice de l'association (non reconnue responsable de la consultation par l'institution hospitalière) la domination de la société d'accueil : « Nous évoluons dans un contexte de crise générée par mon collaborateur médecin qui revendique et revendique encore, comme si notre association appartenait à l'hôpital ou à ses représentants, l'unique responsabilité des consultations. Sur les feuilles à en-têtes réalisées dès 1996 par l'hôpital figure la mention "médecine interculturelle" attribuée d'office au Docteur P., sans aucune forme d'explication. Lorsque j'ai demandé pourquoi mon nom n'apparaissait pas, il m'a été répondu que je n'étais pas médecin ! » Cette responsabilité attribuée d'office au médecin engendrerait selon ses opposants « un droit de regard sur notre travail, chose qui ne se fera jamais, parce que nous ne le permettrons pas ». Une fois de plus, la société française (via ce contrôle) bafouerait l'identité ethnique des malades et les obligerait à l'uniformité en passant « à la moulinette républicaine » (Nathan, 1994 : 216). Cette thérapeute se porte alors en défenseur des malades « encore une fois reniés dans leurs origines » dit-elle. Madame G. est arrivée en France il y a une vingtaine d'années, y a suivi un parcours scolaire sans faute qui a débouché sur un doctorat en psychologie. Vivant en banlieue dit-elle, elle s'est investie depuis de longues années dans le milieu associatif. « Cela fait longtemps que je fais du bénévolat et que je m'investis dans les associations en France. Je ne suis pas dans l'appropriation mais dans l'engendrement. C'est pour cela que je pense à juste titre qu'il importe que les consultations soient sous la responsabilité d'autres professionnels (sous-entendu que le médecin) de l'association ou alors attribuées de façon équitable entre les fondateurs que nous sommes ». Selon les autres thérapeutes, l'hôpital procéderait à une sorte de récupération de leur travail sans les reconnaître officiellement. Ils estiment que leur association « n'est la propriété d'aucune institution ». Ils souhaitent donc que l'association quitte l'hôpital ce que le médecin refuse au nom « du droit à la gratuité du soin, de la même qualité de soin pour tous ». Ce découpage peut apparaître caricatural, il nécessiterait bien entendu d'être nuancé et complexifié. Pourtant, il a valeur heuristique car il témoigne du désir de thérapeutes qui se disent « étrangers » de s'identifier aux malades. Toutes les différences culturelles des malades sont reprises à leur compte par ces thérapeutes d'origines variées. Le travail et la fréquentation du milieu immigré (où ils constatent les nombreuses difficultés économiques) favorisent leur prise de conscience ethnique et radicalisent leur attitude. Suivant Tobie Nathan, la perte ou le reniement des origines est la raison qui explique, selon eux, l'errance identitaire et la souffrance psychique des malades. De par leur formation universitaire et leur plus grande pratique des institutions françaises, ces thérapeutes de nationalités diverses sont amenés à jouer un rôle de leaders ethniques, pas seulement auprès de leurs compatriotes mais aussi, disent-ils, de tous les « étrangers ».
- 21 En quoi ces psychotérapeutes se posent-ils en leaders ethniques dans la société française ? Sans entrer dans une approche théorique de la notion de leader ethnique, nous retiendrons cependant les apports de Hughes (1996). Tout d'abord, c'est par le biais de leur profession, l'ethnopsychiatrie, qui leur attribue des rôles sociaux, c'est-à-dire les rôles que les gens pensent que l'on attend d'eux, ou des rôles qu'on leur permet « de jouer

sur la scène publique ». D'après Hughes (*ibid.* : 202) : « Un groupe ethnique n'est pas caractérisé par son degré de différence mesurable ou observable avec d'autres groupes. Au contraire, c'est un groupe ethnique parce que ceux qui lui appartiennent et ceux qui sont à l'extérieur le considèrent comme tel et parlent, sentent, et agissent comme s'il constituait un groupe distinct ». Cette approche semble utile pour comprendre la notion de leaders ethniques. Ceux-ci sont considérés effectivement comme tels par certains malades d'origine étrangère et par certains habitants de leur quartier (ils ont souvent une vie associative intense) mais aussi par les hommes politiques de la société d'immigration (par exemple, les élus du Conseil régional d'Aquitaine) qui les posent en médiateurs interculturels. Du coup l'appartenance ethnique devient une caractéristique majeure, en ce qui concerne la détermination du statut social de ces psychothérapeutes et aurait tendance à prendre le pas sur d'autres caractéristiques (*ibid.* : 194). C'est en terme de rapports de pouvoir que leur appartenance ethnique est ici revendiquée par les psychothérapeutes, en tant que moyen de participer à la vie de la cité. Dans ce lieu d'échange j'ai suivi sur la longue durée les aléas et les différentes étapes de la rupture. Ma présence et ma recherche largement orientées par le conflit entreront en jeu dans le cours du débat. Mes positions anthropologiques présentées lors des séminaires ou des réunions de l'association sont réinvesties dans les stratégies déployées par les deux camps en conflit et qui cherchent à imposer leur conception du soin. C'est ainsi que j'ai participé – à un moment donné – au processus de décomposition, recomposition de l'identité de l'association. L'affrontement des deux camps qui, à un moment est très tendu, constitue conjoncturellement un moment où je suis placée dans le rôle de l'intermédiaire. Lors des discussions, les psychologues soutenant Madame G. ne cessent de me démontrer l'impuissance des médecins ou des travailleurs sociaux à soigner les patients de « leur ethnie », sans les disqualifier<sup>14</sup> certes, mais en mettant en avant la prééminence culturelle dans la compréhension des troubles des malades. Ce dispositif de persuasion à mon égard témoigne d'une attitude très courante dans les rapports de domination (retournement du stigmatisme en emblème) et comporte le risque de tomber dans le piège de la catégorisation culturaliste qui conduit à cataloguer les patients dans des comportements culturels figés. Il s'agit selon Sayad (1994 : 12) d'une « technique bien connue de tous les dominés et relativement courante en situation de domination [...] qui consiste à revendiquer publiquement le stigmatisme qui est ainsi constitué en emblème, revendication qui s'achève par l'institutionnalisation du groupe qui devient alors inséparable du stigmatisme qui lui est attaché et par lequel il est identifié, et aussi des effets économiques et sociaux de la stigmatisation ». En souhaitant se poser à mes yeux en défenseur de ces populations défavorisées (puisque souvent c'est un sentiment d'injustice, de révolte, suscité par la discrimination sociale et culturelle subie par leurs parents, amis, malades qui est au cœur de leur engagement professionnel et militant), ils prennent le risque de la *box-ification* (mise en conserve) de la culture (Masse, 1995 : 471) de leurs patients mais aussi de la leur. Cet enfermement dans leur appartenance ethnique s'avère un savoir-faire de la misère face à la discrimination subie. La transformation, par ces thérapeutes, de rapports sociaux en relations uniquement culturelles, contribue à la consolidation et la reproduction de la discrimination. Au fil du temps, la radicalisation de leurs positions (à travers la réification de la culture d'origine des patients) aboutira à mon exclusion de leurs conversations et en final à leur départ de l'hôpital puisqu'ils estiment n'être pas reconnus par le médecin comme spécialistes de leur propre culture. Ce départ ne m'a pas permis d'observer la manière dont ils établissaient la relation aux patients pendant les consultations. Toutefois, mon exclusion de leurs consultations me donnera de nouveaux éléments

d'interprétation du processus de différenciation et de hiérarchisation présent dans l'association. La logique de l'exclusion/inclusion dans laquelle j'étais imbriquée m'a également renseignée sur la gestion de la hiérarchie à l'hôpital.

- 22 Quant à leur départ, il montre aussi que leur présence n'était acceptée que dans la mesure où elle se réalisait sous la responsabilité totale du médecin. À l'opposé, mon inclusion par l'hôpital me renseigne également sur la manière dont la question de la différence y est traitée. Considérée officiellement, pour la majorité des médecins extérieurs à la consultation, comme anthropologue participant aux soins (donc apportant des connaissances sur la culture et la situation sociale des malades), je suis également produite en tant qu'actrice de l'hôpital à partir des résultats de ma propre recherche par les thérapeutes présents dans les consultations que j'observe. Ces perceptions contradictoires quant à ma place dans l'institution médicale m'ont paru liées les unes aux autres. Elles révèlent l'absence de débat public sur la question de la différence à l'hôpital. D'un côté, les médecins extérieurs à la consultation fustigent les positions de leur collègue responsable des consultations en estimant que ce type de consultation risque de renforcer le lien entre maladies et migration et, ce, au nom de l'idéal républicain tout en orientant des patients vers ce lieu (et en institutionnalisant la consultation puisqu'un poste hospitalier sera attribué au médecin en question). D'un autre côté, ma présence n'est tolérée que parce qu'elle produit de la connaissance sur l'autre. Cela montre qu'à certains moments de leur pratique, l'origine ethnique est bien prise en compte au détriment d'une réflexion complexe sur la situation de soin, les recours aux soins, et les situations socioéconomiques des patients. Interroger – à travers la place qui m'est faite dans l'institution – la logique des uns et des autres concernant « un soin différent pour les migrants » et son versus « un même soin pour tous » me renseigne certes sur la gestion politique de chacun où multiculturalisme et modèle républicain sont confrontés mais surtout m'informe sur le fait que le discours des médecins est dual et fondé sur la surdétermination et sur la mise à l'écart des questions ethniques. Quant au médecin responsable de la consultation, les raisons qui l'ont poussé à provoquer ma présence dans l'association et dans les consultations éclairent l'imbrication des différents registres (personnels et professionnels) qui participe à la gestion thérapeutique de ces patients. Derrière son attitude volontariste d'introduire l'anthropologie et l'anthropologue que je suis dans les soins, il y a un certain nombre de rapports qui entrent en jeu tels que la domination du pouvoir médical au sein de l'hôpital ou les relations interethniques et leur hiérarchisation sociale. Si la question de cette consultation pour migrants est autant attachée à la question de la différence culturelle, c'est qu'elle autorise chacun des protagonistes en situation à conserver sa propre identité.
- 23 Ce que montre cette enquête, c'est la nécessité de l'implication/réflexivité du chercheur du fait de l'action des produits cognitifs que j'élabore sur la structure sociale et symbolique de l'espace hospitalier observé. Cette réflexivité sur la position du chercheur passe inévitablement par la contextualisation de notre enquête dans l'histoire de la recherche concernant l'immigration. En effet, la recherche française s'est caractérisée pendant de longues années par un manque d'intérêt face aux questions des relations interethniques et ce n'est que depuis les années 1980 que « l'ethnisation » des rapports sociaux dans la société française est devenue objet d'investigation scientifique, Gérard Althabe faisant d'ailleurs partie de ces premiers intellectuels à s'interroger sur la question. Le thème de l'immigration est apparu d'abord sur le terrain politique avec le souci de réfléchir sur l'utilité économique de l'immigration. Quand la question est

devenue sociologique, dans les années 1980, c'est pour mesurer le degré d'intégration des dits immigrés dans la société française. Depuis, le Front National a largement orienté le sens de la discussion, imposant ainsi une vision de l'immigration prise dans un mouvement idéologique de naturalisation et une définition raciste des relations interethniques. Sens commun, discours politique, discours scientifique s'alimentent ainsi les uns les autres, produisant de nouvelles formes de catégorisations ethniques qui se sont répandues dans toutes les sphères de la vie sociale : emploi, milieu scolaire, lieux d'habitation, monde de la santé.

- 24 La place occupée par les consultations d'ethnopsychiatrie dans la sphère du politique et leur influence sociale a justifié mon enquête dans un hôpital bordelais. J'ai choisi de traiter scientifiquement un objet idéologique : « l'ethnisation de la thérapie ». Il m'a semblé que la recherche scientifique, du fait de son appartenance à la sphère des dominants, devait se prémunir de toute participation à l'imposition de l'identité à partir de l'origine. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai choisi de m'interroger sur la place de l'anthropologie et de l'anthropologue dans ce type de lieu. Une fois recontextualisée au niveau macrosocial et historique, la perspective que je développe amène à prendre comme centre les échanges entre l'anthropologue et ses interlocuteurs et, enfin, à tenir compte des événements qui se déroulent au cours de l'enquête. Cette approche n'épuise pas tous les sens du phénomène ethnique puisque, par exemple, je n'ai pas abordé ici la question relative au statut des minorités ethniques dans la société civile dans une perspective sociopolitique, ni même les processus par lesquels des groupes se structurent sur la base d'une identité ethnique commune dans le but de développer des actions collectives, même si j'ai effleuré les logiques qui animent les thérapeutes « leaders ethniques ».
- 25 Pour conclure cet hommage à celui qui fut plus qu'un directeur de thèse, je dirai que mes recherches actuelles s'inscrivent directement dans la droite ligne de ses travaux concernant l'ethnisation des rapports sociaux. Son anthropologie de la démarche ethnologique a eu le mérite de mettre en lumière la manière dont les ethnologues, contrairement à leurs intentions, participaient au processus d'exclusion sociale des minorités « étrangères » en France en regardant l'appartenance ethnoculturelle comme la composante privilégiée de leur identité sociale et ceci en considérant ces minorités comme un terrain de substitution. Comme Gérard Althabe me l'avait conseillé pour la thèse, à l'hôpital il m'a rappelé de systématiquement déplacer l'orientation de mes recherches. Au lieu de prendre pour terrain une catégorie de patients, « les migrants », j'ai centré ma recherche sur les processus de catégorisation ethnique tels qu'ils interviennent dans les échanges quotidiens de l'association, des consultations... L'analyse de ces échanges au cœur desquels j'étais impliquée montre comment l'usage des catégories ethniques constitue une forme de compétence interactionnelle par laquelle les thérapeutes, les médecins, les patients, les anthropologues en faisant ce qu'ils ont à faire contribuent à la production des catégories ethniques. Ainsi, la prise en compte de la présence du chercheur sur le terrain permet d'analyser sa production en tant que sujets par les thérapeutes, les médecins, les patients, les anthropologues, les psychothérapeutes. La place des minorités allogènes restant depuis de nombreuses années un objet central du débat public en France, il est de la responsabilité du chercheur d'analyser son implication pour restituer, certes, les significations présentes autour de la production de la différence dans l'institution observée mais aussi afin de ne pas légitimer le processus d'exclusion dont ces minorités font l'objet dans la société française. La responsabilité qui incombe au

chercheur de ne pas cristalliser des identités quelles qu'elles soient, ethniques ou patrimoniales, avait amené Gérard Althabe, lors d'un colloque intitulé « L'étranger » à Palerme, à quitter la table du dîner pour le moins folklorisé afin de ne pas être en contradiction avec ses convictions...

---

## BIBLIOGRAPHIE

- ALTHABE G., 1969. *Oppression et libération dans l'imaginaire*. Paris, Maspero.
- ALTHABE G., 1970. « La bourgeoisie nationale », *Connaissance de l'Afrique*, 32 : 10-13.
- ALTHABE G., 1997. « À propos du film documentaire », *Martor, Revue du musée du paysan roumain*, 2. Bucarest : 15-24.
- ALTHABE G., COMOLLI J.-L., 1994. *Regards sur la ville*. Paris, Éd. Georges Pompidou.
- CRENN C., 1994. « Les Merina en France : une situation d'enquête inédite », *Journal des anthropologues*, 53-54-55 : 83-96.
- CRENN C., 1998. « L'auto-catégorisation des Merina et leur identification par les membres de la société française », *Journal des anthropologues*, 72-73 : 119-136.
- CRENN C., 2000. « Une consultation pour migrants à l'hôpital », *Hommes et Migrations*, 1225 : 39-45.
- CRENN C., 2002. « Citoyenneté et prise en compte de la diversité sociale et culturelle des malades à l'hôpital », in DOUVILLE O., SABATIER C., *Cultures, insertions et santé*. Paris, L'Harmattan.
- FASSIN D., 1999. « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses*, 35 : 146-171.
- FASSIN D., 2000. « Les politiques de l'ethnopsychiatrie », *L'Homme*, 153 : 231-250.
- HUGUES E.-C., 1996. *Le regard sociologique*. Textes rassemblés et présentés par J.-M. CHAPOULIE. Paris, EHESS.
- MASSE R., 1995. *Culture et santé publique*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur.
- NATHAN T., 1994. *L'influence qui guérit*. Paris, Odile Jacob.
- SAYAD A., 1999. *La double absence*. Paris, Seuil.

## NOTES

1. Nous faisons directement allusion au livre de Gérard Althabe et Jean-Louis Comolli *Regards sur la ville*. Paris, Éd. Georges Pompidou, 1994.
2. L'expression « Monsieur Althabe » était devenue une boutade entre nous lorsque mon petit garçon lui demandait : « mais pourquoi maman t'appelle Monsieur ? » Question qu'il me renvoya, amusé ! Après discussion entre « maître » et « élève », ceci déboucha sur nos positions hiérarchiques respectives, sur l'impossible dépassement de mon appartenance de classe... alors qu'il estimait lui-même être resté à la place qui devait être la sienne, le fils d'un palefrenier du

Haras de Pau qui avait bénéficié d'une incroyable ascension sociale due au contexte favorable des années 1950. Ce qui pourtant, selon lui, ne l'avait pas empêché de n'avoir jamais été reconnu, à part entière, par la bourgeoisie intellectuelle parisienne...

3. Pour la petite histoire et la coïncidence (que Gérard Althabe affectionnait tant), aujourd'hui, le directeur des Haras de Pau est d'origine malgache... Il fait partie des membres de cette élite migrante que nous avons observée.

4. Il me signifiait régulièrement que ce qui était important c'était que le poney-club se porte bien (financièrement). Il avait déjà conscience des difficultés que les jeunes chercheurs que nous étions allions rencontrer. Il n'imaginait pas à quel point, après l'allocation de recherche qui me fut allouée, le poney-club allait me permettre de patienter jusqu'à ce qu'un contrat d'ATER puis de maître de conférence associée me fussent proposés. Lorsqu'il me téléphona pour m'annoncer que j'avais obtenu l'allocation de recherche, je ne pus contenir ma joie : il en était tout ému ! Gérard Althabe était très conscient du fait que l'ascenseur social dont il avait lui-même bénéficié était en panne.

5. Au cinéma, il y a le montage avec le choix des images, du rythme par exemple, en anthropologie il y a le choix des données et leur mise en perspective (problématique) sous forme d'un texte..., en littérature les différents choix narratifs...

6. Ce théâtre social respecte presque les règles du théâtre classique : unité de temps, de lieu, d'action. Comme le théâtre classique il s'agit également d'une véritable construction de la réalité.

7. Cette recherche offre la possibilité d'analyser la place d'une démarche nouvelle au sein d'une institution française répondant à la notion de « santé publique » et porteuse d'idéaux républicains : la gratuité du soin, le soin pour tous, la même médecine pour tous.

8. Le comportement du malade est abordé d'une part, à travers la psychologie et la psychanalyse d'un point de vue thérapeutique et, d'autre part, à travers l'anthropologie de manière complémentaire. Les conditions économiques d'insertion dans la société d'immigration, les problèmes psychopathologiques liés à la transplantation fondent de la thérapie.

9. Sur le dépliant de l'association, un des soignants d'origine ivoirienne, se présente comme psychologue et ethnologue sans avoir suivi aucune formation d'ethnologie.

10. Au cours de discussions informelles, nous constatons que la demande du médecin anthropologue n'est pas comprise.

11. Au sein de leurs consultations, aucun anthropologue n'est présent.

12. Le traitement de la relation entre maladie et migration apparaît dans le monde médical de manière très ambiguë. D'ailleurs, je ne peux que constater la rareté des débats scientifiques sur ces questions. En apparence persuadés de l'efficacité du modèle républicain et de la technicité de leur médecine, ils rejettent la prise en compte de l'appartenance ethnique des malades tout en produisant des statistiques ethniques de manière informelle.

13. Réflexion difficile à mener sereinement tant la question de la différence ethnique et culturelle est enfouie dans notre imaginaire collectif, sans jamais être traitée publiquement en France. L'article que j'ai rédigé au sujet des consultations observées après le départ des psychothérapeutes se posant en « leaders ethniques » provoquera à son tour une discussion très vive avec le médecin qui ne percevait pas comment ce genre de consultation pouvait participer à l'ethnisation des rapports sociaux du fait des « précautions » qu'il avait prises : c'est-à-dire en complexifiant la situation de soins à laquelle il devait faire face et en évitant de ne retenir que la dimension culturaliste. Cet article centré sur les pratiques interactionnelles des acteurs n'épuise pas la complexité anthropologique du phénomène ethnique, toutefois il montre combien en situation l'usage des catégories ethniques devient une compétence interactionnelle par laquelle les acteurs sociaux en faisant ce qu'ils doivent faire participent à la production des catégories ethniques (Crenn, 2000).

14. En effet, il s'agit lors des consultations d'un jeu d'équilibriste puisqu'il leur faut montrer l'inefficacité des professionnels concernés sans les indisposer. Toutefois, c'est également un acte

gratifiant pour les thérapeutes puisqu'au terme des consultations, ils justifient leur intervention par la « variable culturelle » mise en avant dès le départ. De la sorte, les médecins ou travailleurs sociaux sont renforcés, sans discrédit, dans leur pressentiment et assurés qu'ils ont trouvé auprès de ces spécialistes de la culture et du psychique la solution au problème. Il est à noter que cette justification de leur action thérapeutique par la « culture » est nécessaire tant d'un point de vue politique que financier.

---

## AUTEUR

**CHANTAL CRENN**

Université de Bordeaux III

PAST